

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“ANSIEDAD Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR DEL PACIENTE EN
PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCÍDES CARRIÓN, 2024.”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

AUTORES:

LIC. MERCEDES JULIA NÚÑEZ VALDIVIA DE CIGÜEÑAS

LIC. MARITZA LILIANA SOTO ALTAMIRANO DE AGUILAR

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS DE ENFERMERÍA
QUIRÚRGICO**

Callao, 2025

PERÚ

ANSIEDAD Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2024.

14%
Textos sospechosos

13% Similitudes
<
1% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas

2% Idiomas no reconocidos

<p>Nombre del documento: NUÑEZ - SOTO.docx ID del documento: 0a2e937ee180b435d706b5d5e9842cfda182b4d6 Tamaño del documento original: 221,16 kB Autores: Maritza Liliana Soto Altamirano De Aguilar, Mercedes Julia Núñez Valdivia De Cigüeñas</p>	<p>Depositante: Maritza Liliana Soto Altamirano De Aguilar Fecha de depósito: 19/12/2024 Tipo de carga: url_submission fecha de fin de análisis: 19/12/2024</p>	<p>Número de palabras: 11.020 Número de caracteres: 72.826</p>
--	--	---

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dialnet.unirioja.es Características clínicas y epidemiológicas en adultos mayores c... 10 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (224 palabras)
2	repositorio.unac.edu.pe 9 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (158 palabras)
3	alicia.concytec.gob.pe Metadatos: Influencia de la ansiedad en la percepción de d... 3 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (152 palabras)
4	www.medigraphic.com 1 fuente similar	1%		Palabras idénticas: 1% (108 palabras)
5	www.scielo.org.co Abordajes teóricos para comprender el dolor humano 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (111 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	CHOQUEGONZA BERRIOS - FACTORES ASOCIADOS QUE INFLUYEN EN LA ... #3e2577 El documento proviene de mi biblioteca de referencias	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)
2	revistasanitariadeinvestigacion.com Abordaje de la ansiedad preoperatoria. El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
3	Documento de otro usuario #09871c El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (26 palabras)
4	ORTIZ RIVERA ELIZABETH.docx "PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZAD... #02a0fd El documento proviene de mi biblioteca de referencias	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
5	www.quironsalud.com Traumatología y Cirugía Ortopédica Hospital Quirónsalud... El documento proviene de mi biblioteca de referencias	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD: Facultad de Ciencias de la Salud

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN: Unidad de Investigación

TÍTULO: “Ansiedad y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024”

AUTORES: Mercedes Julia Núñez Valdivia De Cigüeñas

<https://orcid.org/0000-0002-4115-2460/> 25405933

Maritza Liliana Soto Altamirano De Aguilar

<https://orcid.org/0009-0009-8121-5508/> 25648705

ASESOR: Dra. Agustina Pilar Moreno Obregón

[/orcid:0000-0002-4737-024x/](https://orcid.org/0000-0002-4737-024x/) 07358593

LUGAR DE EJECUCIÓN: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

UNIDAD DE ANÁLISIS: Pacientes del servicio de traumatología

TIPO: Aplica

ENFOQUE: Cuantitativo

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental relacional transversal

TEMA OCDE: 3.03.00. Ciencias de La Salud, 3.03.03. Enfermería.

HOJA DE REFERENCIA Y APROBACIÓN

DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS	PRESIDENTE
DRA. ANTONIA EMILIANA MAMANI ENCALADA	SECRETARIO
DRA. NERY VILLAVICENCIO BONIFACIO	VOCAL
DRA. VANESSA MANCHA ÁLVAREZ	SUPLENTE

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

NUMERO DE LIBRO: 01

NUMERO DE FOLIO: 123

NUMERO DE ACTA: 002 - 2025

FECHA DE APROBACION: 21 de abril de 2025

RESOLUCION DE DECANATO: 435-2025-UPG/FCS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO**

**ACTA N°002 DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

Siendo las 18:00 horas, del día 21 de abril de 2025 mediante el uso de la Plataforma Virtual Google Meet se reunieron el Jurado de Sustentación de Tesis para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Cuidados Quirúrgicos; conformado por los siguientes docentes:

Dra. Rosario Miraval Contreras	Presidente
Dra. Antonia Emiliana Mamani Encalada	Secretaria
Dra. Nery Deda Villavicencio Bonifacio	Vocal

Con el fin de evaluar la sustentación de la Tesis de las tesis: **NUÑEZ VALDIVIA DE CIGÜEÑAS MERCEDES JULIA** y **SOTO ALTAMIRANO DE AGUILAR MARITZA LILIANA** titulado: **ANSIEDAD Y PERCEPCIÓN DEL DOLOR DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2024.**

Con el quórum establecido según el Reglamento de Grado y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 286-CU-2024 del 27 de noviembre del 2024, luego de la Exposición del sustentante los Miembros del Jurado hicieron las respectivas interrogantes, las mismas que fueron absueltas de manera conveniente.

En consecuencia, el Jurado de Sustentación luego de deliberar, acordó *El proceso con la calificación cualitativa BUENO y cuantitativa de DIESEISEIS (16)* la Tesis, para obtener el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS** conforme al artículo 27° del Reglamento mencionado, de las tesis **NUÑEZ VALDIVIA DE CIGÜEÑAS MERCEDES JULIA** y **SOTO ALTAMIRANO DE AGUILAR MARITZA LILIANA** con lo que se dio por terminado el acto, siendo las horas del mismo día.

Bellavista, 21 de abril de 2025

.....
Dra. Rosario Miraval Contreras
Presidenta

.....
Dra. Antonia Emiliana Mamani Encalada
Secretaria

.....
Dra. Nery Deda Villavicencio Bonifacio
Vocal

DEDICATORIA

A mi esposo, por su apoyo inquebrantable y su amor que me fortalece en cada momento.

A mi hija, por recordarme la belleza de los sueños y la fuerza de la esperanza.

Y a mis padres, cuya memoria vive en mí y cuyo amor y enseñanzas continúan guiando mis pasos.

Con todo mi amor y gratitud, esta tesis es para ustedes.

*Lic. Mercedes Julia Núñez Valdivia De
Cigüeñas*

A mi esposo e hijos

A mis queridos nietos, que son el tesoro máspreciado de nuestras vidas.

A cada uno de ustedes gracias por ser mi apoyo, mi alegría y mi razón de ser.

Los amo profundamente.

Lic. Maritza Liliana Soto Altamirano De Aguilar

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte de este proceso.

En primer lugar, agradezco a Dios, por guiarme en cada paso de este camino. Su luz y sabiduría han sido nuestro refugio en los momentos de incertidumbre y nuestra fuente de fortaleza en los desafíos.

A nuestra asesora Dra. Pilar Moreno Obregón, por su invaluable orientación, apoyo y confianza. Su conocimiento y dedicación han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

A nuestra familia y amigos, gracias por su amor y paciencia en cada momento. Su apoyo incondicional me ha dado la fuerza necesaria para superar los desafíos que encontré a lo largo de este proceso.

Gracias a todos por haber hecho posible este sueño.

*Lic. Mercedes Julia Núñez Valdivia De Cigüeñas
Lic. Maritza Liliana Soto Altamirano De Aguilar*

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación	13
1.5. Delimitantes de la investigación	13
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases teóricas	19
2.3. Marco conceptual	22
2.4. Definición de términos básicos	31
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	33
3.1. Hipótesis	33
3.1.1. Operacionalización de variable	34
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	35
4.1. Diseño metodológico	35
4.2. Método de investigación	35
4.3. Población y muestra	35
4.4. Lugar de estudio	37
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	37
4.6. Análisis y procesamiento de datos	38

4.7. Aspectos éticos en investigación	38
V. RESULTADOS	40
5.1. Resultados descriptivos	40
5.2. Resultados inferenciales	44
5.3. Otros resultados estadísticos	48
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	49
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	49
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares	52
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes	54
VII. CONCLUSIONES	55
VIII. RECOMENDACIONES	56
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	64
Anexo 1. Matriz de consistencia	65
Anexo 2. Instrumentos validados	66
Anexo 3. Consentimiento informado	68
Anexo 4. Base de datos.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1.1	Ansiedad del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	39
Tabla 5.1.2	Ansiedad en su dimensión síntomas negativos del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	40
Tabla 5.1.3	Ansiedad en su dimensión síntomas positivos del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	41
Tabla 5.1.4	Percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	42
Tabla 5.2.1	Relación entre ansiedad y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	43
Tabla 5.2.2	Relación entre ansiedad en su dimensión síntomas negativos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	44
Tabla 5.2.3	Relación entre ansiedad en su dimensión síntomas positivos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	45

Tabla 5.3.1	Prueba de normalidad	46
Tabla 6.1.1	Correlación entre ansiedad y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	47
Tabla 6.1.2	Correlación entre ansiedad en su dimensión síntomas negativos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	48
Tabla 6.1.3	Correlación entre ansiedad en su dimensión síntomas positivos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024	49

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo, determinar la relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024. Metodología, estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal relacional, con una muestra no probabilística de 90 pacientes prequirúrgicos. La recolección de datos se hizo a través de la técnica de encuesta, cuyos instrumentos fueron cuestionario de ansiedad que constan de 20 preguntas y la escala numérica verbal del dolor. Resultados, el nivel de ansiedad es moderado en un 50% percibiendo un dolor leve, respecto al nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos es leve en un 34.4% percibiendo un dolor leve y respecto al nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos es moderado en un 34.4% percibiendo un dolor leve. Se concluye que existe una relación significativa entre la variable nivel de ansiedad y la variable percepción del dolor con un nivel de significancia de 0,016 según la correlación de Rho de Spearman.

Palabras Clave: Ansiedad, percepción del dolor, pacientes prequirúrgicos.

ABSTRACT

The objective of this research work was to determine the relationship between anxiety and the perception of pain in the preoperative patient of the traumatology service of the Daniel Alcides Carrión National Hospital, 2024. Methodology, quantitative approach study, non-experimental relational cross-sectional design, with a non-probabilistic sample of 90 presurgical patients. Data collection was done through the survey technique, whose instruments were an anxiety questionnaire consisting of 20 questions and the verbal numerical pain scale. Results, the level of anxiety is moderate in 50% perceiving mild pain, regarding the level of anxiety in its negative symptoms dimension it is mild in 34.4% perceiving mild pain and regarding the level of anxiety in its positive symptoms dimension it is moderate in 34.4% perceiving mild pain. It is concluded that there is a significant relationship between the variable level of anxiety and the variable perception of pain with a significance level of 0.016 according to the Spearman Rho correlation.

Keywords: Anxiety, pain perception, presurgical patients.

INTRODUCCIÓN

El trauma ortopédico y traumatológica se asocia con frecuencia a dolor intenso básicamente por dos razones. En primer lugar, a menudo afecta el tejido musculoesquelético con una estimulación nociceptiva intensa. En segundo, la analgesia sigue siendo insuficiente, lo que expone a los pacientes a un dolor intenso. El dolor resultante de una fractura es de difícil control y requiere para su manejo intervención analgésica, así como la inmovilización de la extremidad (1). La ansiedad es una condición emocional transitoria, consiste en la manifestación de sentimientos, tensión y actividad elevada del sistema nervioso autónomo. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza (3). La ansiedad preoperatoria se asocia con mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estancia hospitalaria y mayores niveles de dolor.

Esta situación puede derivar en un importante discomfort para el paciente, con efectos negativos físicos y psicológicos, así como con una importante repercusión socioeconómica al aumentar la morbilidad postoperatoria y la estancia hospitalaria. Una intervención precoz en su prevención, detección y tratamiento podría contribuir a reducir los problemas sanitarios asociados a su elevada prevalencia e intensidad.

Ante esta situación, es importante considerar el manejo de la ansiedad y la percepción del paciente frente a la fractura en fase preoperatoria. Con la comunicación y el diálogo la enfermera estimula al paciente a verbalizar y exponer sus sentimientos y temores, a la vez que muestra su disposición escuchando con atención y respeto. De esta manera puede identificar las necesidades de la persona y percibir su angustia, sus dudas y temores, proporcionando ayuda y soporte durante todo el proceso quirúrgico. Es en este momento cuando el rol de la enfermera es más importante al brindar una atención directa y de buena calidad.

La presente investigación se encuentra constituida por nueve capítulos: I: Planteamiento del problema, que consta de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos, justificación y delimitantes de la investigación; II: Marco

teórico que consta de los, Antecedentes (internacionales y nacionales), Bases teóricas, marco conceptual y definición de términos; III: Hipótesis y variables, en la que se encuentra la Hipótesis general e específicas y operacionalización de variables; IV: Diseño de proyecto, constituida por diseño metodológico, método de investigación, población y muestra, lugar de estudio y periodo de desarrollo, análisis y procesamiento de datos y aspectos éticos de la investigación; V: Resultados descriptivos e inferenciales; VI: Discusión de resultados; VII: Conclusiones; VIII: Recomendaciones, IX: Referencias bibliográficas; y anexos (Matriz de consistencia, Instrumentos validados, Consentimiento informado, Carta de presentación, Validación de instrumentos, Consentimiento informado, Base de datos y otros).

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En el mundo actual, las lesiones esqueléticas son un hecho que ocurre con cada vez más frecuencia a nivel mundial y consume una parte importante de los recursos destinados a los programas de salud. La Organización Mundial de la Salud estima que estas lesiones representan el 12% de los años de vida perdidos por discapacidad, por lo que una gran proporción de pacientes traumatizados requieren tratamiento quirúrgico y, a pesar de los esfuerzos y avances de la tecnología, la incidencia de dolor postoperatorio sigue siendo alta. Según varios estudios, entre el 30% y el 50% de los pacientes experimentan dolor posoperatorio de moderado a intenso porque no recibieron un alivio adecuado del dolor (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2021, estima que estas lesiones corresponden a 12% de años de vida perdidos por discapacidad, lo que incluye un número significativo de fracturas, originadas principalmente en caídas y accidentes de tráfico. La incidencia de fracturas es multifactorial y casi siempre complicada por factores como edad, género, comorbilidades, estilo de vida y ocupación (2).

Pérez en el 2020, señala que los traumatismos óseos siempre son acompañados de dolor agudo poco descriptivo. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), que promueve la investigación científica, práctica y educativa en esta área, el dolor se define como "una experiencia sensorial asociada a un daño tisular real o potencial o que es única para cada individuo y se caracteriza por su localización, intensidad, duración y tipo (3).

Serbia en el 2018, considero que la ansiedad está directamente relacionada con este tipo de pacientes, porque tienen que someterse a procedimientos quirúrgicos que conducen a un estado emocional negativo y activación fisiológica en el proceso de preparación del cuerpo para enfrentar el peligro de un posible daño. Esto a su vez aumenta el nivel de dolor. La ansiedad preoperatoria puede influir en la intensidad del dolor posoperatorio y en el requerimiento de anestesia y analgesia. En determinados tipos de cirugía, la ansiedad puede incluso

aumentar la morbilidad postoperatoria (4).

España en el 2018 se encontró que el 28% de los pacientes desarrollaron ansiedad preoperatoria alta. La puntuación media de la escala de información y ansiedad preoperatoria de Amsterdam fue de $11,4 \pm 4,3$, y la puntuación media de la escala analógica visual para la ansiedad fue de 48 ± 21 . tenían puntajes más altos de ansiedad. La cirugía (odds ratio 3,026; 1,509-6,067; $p = 0,002$) se asoció de forma independiente con ansiedad preoperatoria de alto nivel. La ansiedad más comúnmente fue causada por esperar la cirugía, no saber qué estaba pasando, temer no poder despertar de la anestesia y estar a merced del personal. La ansiedad no modificó la evolución postoperatoria (5).

Chile en el 2017, se demostró que el dolor es la causa más frecuente de consulta en el Servicio de traumatología, llegando a ser reportado por el 78% de los pacientes y un tercio de ellos manifestando dolor severo (escala igual o superior a 7/10). A pesar de lo frecuente del motivo de consulta, el tratamiento del dolor está lejos de ser óptimo, reportándose en la literatura numerosa evidencia de oligoanalgesia para este tipo de pacientes (6).

A nivel nacional, Shiraishi Zapata en el 2019, el estudio mostró que el 86,1% de los pacientes con fracturas abiertas eran hombres y sólo el 37,1% tenía seguro médico. el 7,4% tiene menos de 10 años; El 12,9% tiene entre 11 y 20 años, el 71,3% tiene entre 21 y 60 años y el 8,4% tiene más de 60 años. El 49% de los casos de fibrilación auricular afectan tanto a la tibia como al peroné, y el 29,3% de los casos de fibrilación auricular afectan sólo a la tibia. (7).

Lima en el 2021 en un hospital se encontró predominio en el sexo femenino 54% y en pacientes mayores de 80 años 45%. Gran parte de estos eventos ocurrieron en el domicilio (81%). Las fracturas intertrocantéricas fueron las más frecuentes 60%, sobre todo del lado derecho 51.4%, la osteosíntesis fue la opción terapéutica más usada 62.1%. El dolor 92% y la impotencia funcional 91.4% fueron la presentación clínica característica de las fracturas de cadera y la hipertensión arterial la patología más frecuentemente asociada 52.2% (8).

Bazán señaló en 2021 que los problemas psicológicos comunes están significativamente relacionados con el tipo de modelo de enfermedad por lesión musculoesquelética. De manera similar, las comorbilidades de ansiedad se

asocian con la intensidad del dolor, la discapacidad relacionada con el dolor y la calidad de vida relacionada con la salud (9).

En el hospital Daniel Alcides Carrión, según el registro estadístico, en el servicio de Traumatología cuenta con una población de pacientes hospitalizados con una frecuencia de 45% de la población total, donde la mayor incidencia son las fracturas, de los cuales la percepción y umbral de dolor son altos, según EVA 8/10, muchos de ellos manifiestan que les duele demasiado” “no aguanto el dolor”, y del mismo modo se les observa la facie de ansiedad provocada por el dolor. Por lo que, se formula la siguiente interrogante.

1.2. Formulación del problema

Tras lo mencionado se formulan los siguientes problemas de investigación.

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?
- b) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Establecer la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.
- b) Reconocer la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

1.4. Justificación

El estudio se justifica de manera teórica porque permitirá brindar un análisis de la información encontrada para fundamentar la naturaleza de las variables de estudio a través de la búsqueda de información en diferente base de datos, y con ello poder dar a conocer sobre la importancia que tiene la percepción del dolor y el nivel de ansiedad.

El estudio se justifica de manera práctica porque el estudio presentará resultados que permitan comprender el nivel del dolor en el paciente y cómo se encuentra relacionado con la ansiedad que pueden estar experimentando y de esta forma identificar adecuadamente las estrategias que deberían ser aplicadas en estos casos.

Se justifica de manera metodológica porque se brindarán instrumentos de recolección de datos confiable en un contexto local sirviendo de aporte a otros estudios en especial para la propia institución y para las enfermeras del servicio de traumatología y/u ortopedia.

1.5. Delimitantes de la investigación

1.5.1. Teórica:

Como base teórica se empleará la teoría de Jean Watson quien señala que las enfermeras deben ir más allá de los procedimientos, a través de la gestión del cuidado humanizado y centrado en la persona, a partir de la adecuada

valoración, intervención, seguimiento, prevención y reducción del dolor, en el que se involucren los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar.

1.5.2. Temporal:

Se desarrollo en el mes de enero a marzo del 2024.

1.5.3. Espacial:

Se desarrolló en el servicio de traumatología y/u Ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Sorrentino F. (Italia, 2021) realizaron un estudio con el objetivo evaluar el impacto de la ansiedad en la percepción del dolor durante la histeroscopia y resaltar la posible contribución de los factores relacionados con la percepción del dolor. Metodología: 104 mujeres con indicación de histeroscopia en consultorio. Resultados: 59 pacientes (56,7%) realizaron el examen sin analgesia mientras que 45 mujeres (43,3%) requirieron analgesia. 28 mujeres (27%) experimentaron dolor leve, 34 (33%) dolor moderado y 42 (40%) dolor severo. Los pacientes que no solicitaron ninguna intervención anestésica obtuvieron una puntuación media de PSS de $16,66 \pm 0,75$, en comparación con el subgrupo con anestesia (puntuación de $19,76 \pm 0,90$). Conclusiones: La ansiedad representa un elemento clave para el éxito de la histeroscopia ambulatoria. El manejo de la ansiedad puede reducir la demanda de analgesia con la consecuente optimización de tiempo, costos y seguridad (10).

Tadesse M et. al (Londres, 2021), realizaron un estudio con el objetivo evaluar el efecto de la ansiedad preoperatoria sobre el dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía electiva. Métodos: estudio de cohorte prospectivo basado en instituciones en pacientes programados para cirugías electivas. Resultado: Los pacientes con alta ansiedad preoperatoria experimentaron un aumento significativo del dolor posoperatorio a las 2 h, 4 h, 6 h y 12 h con el valor P de 0,012, 0,01, 0,001 y 0,002 respectivamente y el consumo total de tramadol en un paciente con el nivel de ansiedad preoperatoria alta es de $156,5 \pm 23,4$ mientras que en la ansiedad baja de $147,1 \pm 39$, con un valor de p de 0,036. Conclusión: La ansiedad preoperatoria alta aumentó la puntuación de dolor posoperatorio inmediato y el consumo de tramadol de 24 h. Sería mejor disminuir los niveles de ansiedad preoperatoria para disminuir el dolor postoperatorio y el consumo de analgésicos 24 h (13).

Periañez C. et. al (Brasil, 2020), realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación de la ansiedad y la depresión en el preoperatorio con la presencia de

dolor en el postoperatorio. Método: estudio de cohorte realizado. Resultados: En el preoperatorio, 48% tenían ansiedad. Ninguno de los pacientes refirió dolor inmediatamente antes de la cirugía. La incidencia de dolor postoperatorio moderado a severo fue de 49% pacientes. Hubo diferencia estadísticamente significativa en la distribución de pacientes con dolor postoperatorio en relación con la presencia o ausencia de ansiedad preoperatoria (valor $p < 0,001$). En el análisis multivariante, la ansiedad preoperatoria fue un factor predictivo del dolor posoperatorio. Conclusión: Se demostró que, independientemente de las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada, la presencia de ansiedad en los pacientes en el preoperatorio es un factor predictivo del dolor posoperatorio (11).

López et. al (España, 2020), realizaron un estudio con el objetivo de determinar si la ansiedad preoperatoria constituye un factor de riesgo independiente para la percepción de dolor intenso durante una histeroscopia quirúrgica ambulatoria. Método: Se realizó un estudio de cohortes que incluyó a 179 pacientes. Resultados: Las pacientes que experimentaron dolor severo durante la entrada a la cavidad uterina (78,3% vs 29,5%; $p < 0,001$) fueron predominantemente aquellas con ansiedad preoperatoria. El riesgo relativo de las pacientes con ansiedad de percibir dolor severo fue de 6,46 (IC 95%; 2,52-16,60) durante la entrada. Se observó una correlación moderada y positiva entre las puntuaciones obtenidas en la escala STAI-S y la puntuación EVA. Conclusiones: Las pacientes con ansiedad preoperatoria tienen mayor probabilidad de experimentar dolor severo tanto en la entrada a la cavidad uterina como durante la intervención histeroscópica (14).

Bedaso, A, y Ayalew, M (Etiopia, 2019), realizaron un estudio con el objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia de ansiedad preoperatoria y sus predictores entre pacientes adultos programados para cirugía electiva. Metodología: Se realizó un estudio transversal. Se utilizó la escala de medición del inventario de ansiedad de estado y rasgo (STAI) para evaluar la ansiedad preoperatoria. Resultados: La prevalencia de ansiedad preoperatoria entre los

pacientes programados para cirugía electiva fue del 47,0%. Tener fuerte apoyo social (AOR = .16 IC = 0.07, 0.34), daño por error del médico o enfermera (AOR = 5.03, IC = 2.85, 8.89), resultado inesperado de la operación (AOR = 3.03, IC = 1.73, 5.19), incapaz de recuperarse (AOR = 2,96, IC = 1,18, 4,87) y la necesidad de transfusión de sangre (AOR = 2,76, IC = 1,65, 4,62) se asociaron significativamente con la ansiedad preoperatoria. Conclusión, la prevalencia de ansiedad preoperatoria fue alta (47%). Se encontró que tener un fuerte apoyo social, un resultado inesperado de la operación, daños por un error del médico o la enfermera, la necesidad de una transfusión de sangre y la incapacidad de recuperarse fueron estadísticamente significativos para la ansiedad preoperatoria (12).

2.1.1. Nivel nacional

Huicho Y, Reginaldo S. (2023), realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de información sobre intervención quirúrgica y el grado de ansiedad en la fase preoperatoria en los pacientes hospitalizados en las salas de cirugía general del Hospital Regional de Ayacucho, 2023. Metodología, estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal correlacional, con una muestra no probabilística de 44 pacientes. La recolección de datos se hizo a través de la técnica de encuesta, cuyos instrumentos fueron dos cuestionarios que constan de 11 y 20 preguntas cada uno. Resultados, el 40,9% de pacientes presentan un nivel medio de información sobre intervención quirúrgica, el 72,7% de pacientes presentan un grado moderado de ansiedad, el 31,8% presentan una ansiedad moderado mostrando un nivel medio de información sobre intervención quirúrgica. Se concluye que no existe una relación significativa entre la variable (16).

Muro (Chimbote, 2022), realizó un estudio con el objetivo conocer la relación entre los cuidados de enfermería y ansiedad del paciente prequirúrgico Chimbote, 2020. El estudio fue descriptivo, correlacional y transversal, La población estuvo constituida por 100 pacientes en preoperatorio programados por primera vez en el servicio de cirugía. La técnica utilizada fue la entrevista con los instrumentos: cuestionario sobre cuidado de enfermería y la escala de

autovaloración de la ansiedad de Zung. Los resultados obtenidos indican que el 52% de los pacientes prequirúrgicos entrevistados no reciben un adecuado cuidado de enfermería, a la vez presentan un nivel de ansiedad leve 45%, el 25% presentan nivel de ansiedad moderada, y el 6% presentan un nivel de ansiedad intenso. En conclusión, no existe relación significativa entre el cuidado de enfermería y ansiedad del paciente prequirúrgico. (17)

Cheje, et al. (Arequipa, 2021), realizaron un estudio con el propósito de establecer la relación entre la ansiedad y el dolor en pacientes sometidos a procedimientos odontológicos. El diseño del estudio fue no experimental, descriptiva, de corte transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 129 pacientes, a quienes se les administró la Escala de Ansiedad para evaluar la ansiedad preoperatoria dental y la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor. Los hallazgos indicaron que el 39,5% de los pacientes experimentaron ansiedad moderada y el 50,4% de los pacientes padecieron dolor moderado. Finalmente, se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa ($p=0,042$) entre la ansiedad y el dolor durante los procedimientos odontológicos, además de una correlación directa y de baja magnitud (18).

Quijano (Trujillo, 2019) llevó a cabo una investigación con el fin de identificar la asociación de la ansiedad en el incremento de la percepción de dolor durante procedimientos angiográficos con anestesia local, en pacientes con enfermedad arterial periférica de miembros inferiores. Material y método: Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal; incluyendo 136 pacientes entre 40 y 75 años; a través de la utilización de escalas para medir la ansiedad y el dolor de los pacientes. Resultados: Del total de pacientes; 106 presentaron ansiedad y 30 no presentaron ansiedad. De los 106 pacientes; 43 pacientes percibieron dolor leve, 60 pacientes percibieron dolor moderado y 3 pacientes percibieron dolor intenso durante los procedimientos angiográfico. Se demostró la ansiedad asociada a la percepción del dolor durante procedimientos angiográficos de miembros inferiores con anestesia local con un valor de gamma de 0,909, p (0,

000). Se concluye que la ansiedad influye en el incremento de la percepción de dolor durante procedimientos angiográficos de miembros inferiores con anestesia local (19).

Purisaca (Chiclayo, 2018), se llevó a cabo una investigación con el propósito de determinar la relación entre el nivel de ansiedad y el proceso de afrontamiento en los pacientes durante el período preoperatorio, empleando un enfoque correlacional, no experimental y transversal. Los resultados mostraron que el 88,3% de los pacientes presentaron un nivel medio de ansiedad, el 8,3% un nivel bajo y el 3,3% restante un nivel alto. En cuanto al afrontamiento, el 85% de los pacientes evidenciaron un nivel medio, el 10% un nivel bajo y el 5% restante un nivel alto. En conclusión, se encontró una relación entre el nivel de ansiedad y el proceso de afrontamiento, indicando que ambas variables están moderadamente relacionadas y tienen una influencia directamente proporcional. (20).

2.2. Bases teóricas

A. Teoría del control de las compuertas en la percepción del dolor

La teoría se fundamenta en las dos previas y goza de amplia aplicación en el ámbito clínico, aunque carece de un respaldo pleno en términos de evidencia experimental. Fue formulada inicialmente por Melzack y Wall en 1965 (15). De acuerdo con esta propuesta, el dolor transita a través de diversas vías nerviosas, en las cuales debe superar una serie de compuertas.

Esta teoría propone que el dolor debe alcanzar un nivel de conciencia antes de ser percibido, y si este puede ser prevenido, la percepción disminuye o se elimina. Es decir, puesto que las fibras nerviosas periféricas hacen sinapsis en la materia gris del cuerno dorsal, esta área sirve como compuerta, y permite o inhibe la transmisión de impulsos dolorosos. Cuando la compuerta está total o parcialmente cerrada, se frenan los impulsos dolorosos y se evita que lleguen al cerebro. Si la compuerta está abierta, la sensación dolorosa se presentará, puesto que logra el nivel de conciencia requerido para ello (21).

B. Teoría de Cannon-Bard para explicar la ansiedad

La teoría de Cannon y Bard se basa en un enfoque psicofisiológico. Las emociones preceden al comportamiento y preparan el cuerpo para una respuesta de lucha o huida en respuesta a emergencias ambientales, según los autores. Por ejemplo, "Lloramos porque nos sentimos tristes". Es decir, las emociones ocurren antes que las respuestas físicas. Tras la emoción, el rostro de esta situación extrema desencadena una respuesta de alarma. Por otro lado, Cannon y Bard señalaron que los sujetos siempre tienden a buscar el equilibrio y adaptarse al entorno y la situación. A través de sus experimentos, Cannon y Bard enfatizaron el papel del cerebro en la generación de respuestas y sensaciones fisiológicas. Estos experimentos básicamente apoyan su teoría de las emociones. Además, vieron la emoción como un evento cognitivo. Asumen que todas las respuestas corporales son iguales a diferentes emociones, por lo que no podremos distinguir una emoción de otra basándonos (simplemente) en señales fisiológicas. A través de sus experimentos, Cannon y Bard determinaron que la percepción de la emoción provocada por los estímulos produce dos fenómenos: la experiencia consciente de la emoción y los cambios fisiológicos generales. Todo esto se debe a que el tálamo envía sus impulsos a la corteza cerebral y al hipotálamo (22).

En este caso la teoría de Cannon-Bard pone en claro que cualquier acción o respuesta física del individuo comienza o se origina en la mente, en las emociones, y estos son provocadas por estímulos en este caos por la situación del paciente en el Servicio de Traumatología y/o Ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión donde la preocupación, el miedo y entre otros sentimientos pueden generar en el paciente molestias, reacciones violentas, gritos etc., hacia el profesional más cercano que en este caso es el profesional de enfermería, el cual debe comprender el comportamiento del paciente y utilizara estrategias que controlen no la acción directamente sino el origen de esos sentimientos (22).

C. Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

Si se analiza la conducta quirúrgica en su conjunto, afectará no sólo a nivel físico y psicológico, sino también a nivel social y espiritual. Una figura referente de la enfermería holística y humanista es Jean Watson. Afirma que tanto la educación de enfermería como los sistemas de prestación de cuidados de salud deben basarse en valores humanos y deben preocuparse por el bienestar de los demás, aliviar el sufrimiento humano en relaciones caracterizadas por la responsabilidad y el deseo de hacer el bien, y proteger la vida y la salud. Brinda una oportunidad para establecer una buena relación entre los pacientes y los cuidadores en el entorno preoperatorio y perioperatorio. Desde el punto de vista del paciente, una enfermera es alguien que me cuida, crea un ambiente tranquilo y en quien puedo confiar.

A través de la comunicación y el diálogo, la enfermera anima al paciente a expresar sus sentimientos y temores y al mismo tiempo demuestra una voluntad de escuchar con atención y respeto. De esta manera, los pacientes pueden comprender sus necesidades y sentir sus inquietudes, dudas y miedos, además de brindarles ayuda y apoyo durante todo el procedimiento. En este caso, el papel de los seres queridos a la hora de brindar atención directa de calidad es más importante.

Para lograr el efecto positivo del control de la ansiedad y la mejora del bienestar, es necesario proporcionar toda la información posible, y una medida eficaz es la cita de una visita preoperatoria durante el curso preoperatorio.

La visita preoperatoria se entiende como el proceso de cuidado personal entre la enfermera y el paciente antes de la intervención planificada, mediante una conversación personal con el objetivo de proporcionar información, conocimientos de autocuidado, consejos y reducir la ansiedad y el miedo. Es importante recordar que la intervención quirúrgica afecta al paciente y a toda la familia, por lo que también se debe tener en cuenta a la familia (23).

2.3. Marco conceptual

2.2.1. Nivel de ansiedad:

2.2.1.1. Concepto de nivel de ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional que se produce en un sujeto ante una situación que percibe o interpreta como amenazante o peligrosa, aunque en realidad no pueda ser valorada como tal. Este tipo de respuesta desadaptativa hace que el miedo sea dañino porque ocurre en exceso y con frecuencia. Los trastornos de ansiedad, por lo tanto, incluyen todas las presentaciones clínicas que comparten características altamente patológicas, expresadas como múltiples disfunciones y desequilibrios a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Actualmente se considera un trastorno psiquiátrico generalizado. Estos factores se expresan en diferentes ámbitos como el familiar, el social y el laboral (24).

2.2.1.1.1. Ansiedad en pacientes en fase preoperatoria

La ansiedad preoperatoria se describe como un estado de excitación desagradable o tensión secundaria asociada con el miedo del paciente a la enfermedad, la hospitalización, la anestesia, la cirugía o lo desconocido. Los síntomas de ansiedad preoperatorios son el resultado de los sistemas simpático, parasimpático y endocrino. La mayoría de los pacientes que esperan una cirugía experimentan ansiedad y consideran que el día de la cirugía es un evento que pone en peligro su vida.

Según la literatura, los datos sobre ansiedad preoperatoria oscilan entre el 60 y el 80 % en países desarrollados, y la incidencia de ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos oscila entre el 60 y el 92 % en países en vías de desarrollo. Se ha documentado que el 10-30% de los pacientes ingresados por motivos no quirúrgicos presentan ansiedad. La prevalencia de ansiedad en pacientes en espera de cirugía puede llegar al 60-80%, y el 5% de los pacientes ansiosos pueden rechazar la cirugía (25).

2.2.1.2. Clasificación de grados de ansiedad

Según Chirsevez y Arnau el grado de ansiedad es la Intensidad de los síntomas fisiológicos que suelen acompañar a la ansiedad en el momento de la cirugía y que pueden persistir durante mucho tiempo después de la cirugía, por lo que no existe un control definitivo. (38)

Marti et al (41) Define los siguientes niveles de ansiedad:

- **Nivel de ansiedad leve:** Estado de ansiedad en el que se intensifican la conciencia y la atención de una persona; sin embargo, el individuo aún es capaz de enfrentar y lidiar con situaciones problemáticas que pueden causar insomnio, irritabilidad y agotamiento físico.
- **Nivel de ansiedad moderada:** Estado de ansiedad donde la atención y conciencia reducidas, concentración y capacidad reducidas para analizar objetivamente la realidad, puede provocar un aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, y puede causar temblores y escalofríos.
- **Nivel de ansiedad grave:** Incapacidad para concentrarse y percepción muy limitada de la realidad, que puede manifestarse como latidos cardíacos rápidos, dolor de cabeza y náuseas.
- **Nivel de ansiedad pánico:** Caracterizado por una percepción distorsionada de la realidad, pérdida de la capacidad de comunicarse y actuar, en este nivel el paciente no puede concentrarse y estudiar de forma independiente, mostrando desequilibrio orgánico (vómitos, agitación psicomotora), ante lo cual el paciente pierde el control de sí mismo y su entorno requiere ayuda profesional

2.2.2.3. Dimensiones de la ansiedad

2.2.2.3.1. Síntomas positivos:

La ansiedad puede tener ciertos aspectos que pueden ser percibidos como positivos, ya que pueden funcionar como mecanismos de protección o motivación. Algunos de estos síntomas pueden incluir:

Calma: Estado de tranquilidad mental y emocional, libre de tensiones o preocupaciones. En el contexto de la ansiedad, la calma es la sensación de relajación y quietud, donde los pensamientos ansiosos disminuyen o cesan por completo (24).

- **Seguridad:** Sentimiento de estar protegido y libre de amenazas. La seguridad se refiere a la sensación de estar en un entorno estable y confiable, lo que ayuda a disminuir el miedo y la incertidumbre (24).
- **Comodidad:** Estado de bienestar emocional donde no se experimentan molestias, implica no sentir la presión o tensión generada por pensamientos o situaciones que causan ansiedad (24).
- **Descanso:** Período de recuperación y relajación, durante el cual se reduce el esfuerzo físico y mental.
- **Confort:** Es el estado de bienestar general, tanto físico como psicológico, se refiere a un entorno que promueve la relajación y la paz mental, reduciendo los factores ansiosos (24).
- **Confianza:** Sensación de seguridad en uno mismo, en los demás o en las circunstancias, implica la capacidad de creer que uno puede manejar situaciones difíciles, lo que reduce la sensación de incertidumbre y el miedo (24).
- **Satisfacción:** Sentimiento de placer y cumplimiento al alcanzar metas o deseos, puede reducirse cuando las expectativas no se cumplen debido a los pensamientos ansiosos (24).
- **Alegría:** Sentimiento de felicidad y bienestar profundo, representa un estado emocional positivo que contrasta con los sentimientos de tristeza, miedo o preocupación.
- **Bienestar:** Estado general de salud física, mental y emocional en el que se experimenta equilibrio y satisfacción. Se refiere a un estado en el cual las

personas se sienten equilibradas, con una mente tranquila y una sensación de armonía en su vida (25).

2.2.2.3.2. Síntomas negativos:

Los síntomas negativos son aquellos que pueden afectar de manera adversa la salud mental, emocional y física (25).

- **Preocupación:** Pensamientos recurrentes y constantes sobre situaciones futuras, lo que puede interferir con la capacidad de disfrutar del momento presente (25).
- **Tensión:** Estado de rigidez o contractura en el cuerpo, generalmente asociado con los músculos.
- **Molestia:** Sensación de incomodidad o irritación que puede ser física o emocional, puede referirse a una sensación generalizada de desagrado, como un malestar en el cuerpo o en la mente, causado por pensamientos intrusivos o situaciones estresantes (25).
- **Irritabilidad:** Estado de agitación emocional que hace que una persona reaccione de forma excesiva o inapropiada ante situaciones cotidianas, surge porque las personas pueden sentirse sobrepasadas por el estrés o la preocupación constante (25).
- **Inquietud:** Sensación de nerviosismo o agitación interna, acompañada de una incapacidad para relajarse.
- **Opresión:** Sensación de presión o dificultad para respirar, generalmente en el pecho, es un síntoma físico que puede acompañar a la ansiedad severa o los ataques de pánico (25).
- **Tristeza:** Sentimiento de desánimo o melancolía. En relación con la ansiedad, la tristeza puede estar vinculada con la sensación de desesperanza o la incapacidad para manejar situaciones estresantes, lo que puede llevar a un estado emocional bajo o de falta de motivación (25).

- **Aturdimiento:** Sensación de desorientación o confusión mental, a menudo acompañada de dificultad para pensar con claridad, puede ocurrir cuando el nivel de estrés o de pensamientos ansiosos es tan alto que interfiere con la capacidad de una persona para procesar información o tomar decisiones de manera efectiva (25).

2.2.2. Percepción del dolor:

2.2.2.1. Percepción:

Es un mecanismo individual llevado a cabo por un individuo que implica recibir, interpretar y comprender señales externas y codificarlas a partir de actividades sensoriales. Es algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro (28).

Es un mecanismo cognitivo individual llevado a cabo por los humanos, que implica recibir, interpretar y comprender señales del exterior y codificarlas en función de la actividad sensorial. Por otra parte, la interactividad es un proceso cíclico en el que dos actores alternativamente pueden escuchar, pensar y hablar, la analogía principal aquí es una conversación (29).

2.2.2.2. Dolor

La definición de dolor proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor es "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial".

En los pacientes politraumatizados, una secuencia de eventos conduce a diversas respuestas neuroendocrinas y metabólicas, que incluyen niveles elevados de hormona adrenocorticotrópica (ACTH), hormona antidiurética (ADH), cortisol suprarrenal, renina, catecolaminas y concentraciones plasmáticas elevadas de glucosa, lactato y ácidos grasos libres. Los estímulos aferentes nociceptivos provenientes del área lesionada producen un aumento

del gasto cardíaco y del consumo de oxígeno, vasoconstricción, aumento de la producción de insulina y trastornos inmunológicos, que se agravan por la respuesta sistémica al dolor.

Estos trastornos se inician con alteraciones neurobioquímicas a medida que los tejidos lesionados liberan sustancias que activan las fibras sensoriales periféricas A y C, incluidos iones H⁺ y K⁺, bradicininas, prostaglandinas, leucotrienos y células inflamatorias que liberan mediadores como serotonina, histamina, interleucinas 1, IL-2, IL-8 y TNF. Posteriormente, las fibras sensoriales liberan sustancia P y CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina), y algunas sustancias estimulan directamente los nociceptores mientras que otras modulan su sensibilidad a agentes adicionales (30).

La activación y desactivación de los nociceptores se produce por alteraciones en la membrana neuronal, lo que desencadena una serie de procesos bioquímicos que facilitan tanto la propagación del impulso como la puesta en marcha de mecanismos de modulación, que pueden ser facilitadores o inhibidores. En consecuencia, aumentan los niveles de betaendorfinas, encefalinas, sustancia P, serotonina y GABA, lo que influye en la conducción de la información a través de las fibras A y C hacia los centros nerviosos superiores. Este proceso provoca respuestas vegetativas, motoras y emocionales que, en última instancia, conducen a la percepción consciente del dolor. Los procesos de transducción, transmisión, modulación, percepción y, en ocasiones, sensibilización constituyen en conjunto la fisiología del dolor nociceptivo. Cuanto más intenso es el daño, más intensa es la respuesta y las reacciones suelen intensificarse hasta alcanzar un nivel máximo. Las enfermedades asociadas también provocan diversas respuestas homeostáticas interrelacionadas y complejas. Se asocia a un dolor intenso y prolongado, que puede desencadenar una serie de respuestas psicológicas y fisiológicas potencialmente dañinas en pacientes con reservas limitadas (principalmente cardiovasculares y respiratorias) (1)

2.2.2.2.1. Tipos de dolor

El dolor se puede clasificar según su duración, patogénesis, localización, evolución, intensidad, factores pronósticos para el control del dolor y, finalmente, farmacología.

A. Según su duración

- **Agudo:** Tiempo limitado, pocos factores psicológicos. Los ejemplos incluyen la perforación de vísceras huecas, el dolor neuropático asociado con fracturas patológicas y el dolor musculoesquelético (30).
- **Crónico:** Duración indefinida acompañada de factores psicológicos. Este es un dolor típico en pacientes con cáncer (30).

B. Según su patogenia

- **Neuropático:** Esto se debe a la estimulación directa del sistema nervioso central o al daño de las vías nerviosas periféricas. Se ha descrito como una sensación de escozor y ardor acompañada de parestesia y disestesia, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia (30).
- **Nocioceptivo:** Es común, se divide en dolor somático y visceral (30).
- **Psicógeno:** Interviene el entorno psicosocial que rodea al individuo. A menudo se requieren dosis mayores de analgésicos con poco efecto (30).

C. Según la localización

- **Somático:** Es causada por la excitación patológica de los nociceptores somáticos superficiales o profundos. Se trata de un dolor local e intenso que se irradia a lo largo de las vías nerviosas. El más común es el dolor óseo causado por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir medicamentos antiinflamatorios no esteroides.

- **Visceral:** Resulta de la excitación anormal de los nociceptores viscerales. Este dolor es menos localizado, persistente y profundo. También puede irradiarse a zonas alejadas de su origen. A menudo se acompaña de síntomas autonómicos. Ejemplos de dolor visceral incluyen dolor cólico, metástasis hepáticas y cáncer de páncreas. Este dolor responde bien a la terapia con opioides (30).

D. Según el curso

- **Continuo:** Persistente a lo largo del día y es permanente.
- **Irruptivo:** El dolor episódico es un subtipo de dolor que se desencadena por los movimientos del paciente o ciertas acciones voluntarias (30).

E. Según la intensidad

- **Leve:** Puede realizar actividades habituales.
- **Moderado:** Afecta las actividades habituales. Se trata con opioides menores.
- **Severo:** Afecta el descanso. Se trata con opioides mayores.

2.2.2.3. Percepción del dolor

El concepto básico de la percepción del dolor es que los mensajes dolorosos emergen en el sistema nervioso periférico (SNP) y son transmitidos al sistema nervioso central (SNC) donde son interpretados (30). La estimulación descrita activa el proceso final de la parte somatosensorial y asociativa de la corteza cerebral. El componente emocional del dolor surge de los circuitos cerebrales entre la corteza, el sistema límbico y los lóbulos frontales (31).

La expresión del dolor depende del desarrollo de sistemas de respuesta al estrés, que incluyen aumentos de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y presión intracraneal, mientras que disminuyen el tono

cardiovagal, la saturación de oxígeno y el flujo sanguíneo periférico. Los signos vegetativos incluyen decoloración de la piel, vómitos, náuseas, eructos, sudoración, pupilas dilatadas y sudoración de las palmas y la frente. Se deben observar las expresiones faciales, los movimientos corporales, el llanto y cualquier otro comportamiento atípico para evaluar el dolor en un recién nacido (32).

2.2.2.3.1. Dimensiones de la percepción del dolor

2.2.2.3.1.1. Escala numérica verbal del dolor:

Es una herramienta que permite a los pacientes indicar cómo perciben su dolor en una escala del 0 al 10, donde 0 significa ningún dolor y 10 es el dolor severo.

La intensidad del dolor se muestra en una línea de 10 cm, en la cual uno de los extremos está marcado con «no dolor» y el otro con «dolor severo». La distancia medida en centímetros desde el punto de «no dolor» hasta la marca que hace el paciente indica la intensidad del dolor (32).

Un valor entre 1 a 3 indica un dolor leve, entre 4 y 6 sugiere dolor moderado y por encima de 7 indica un dolor severo.

- Indicadores:

A. Sin dolor

Se refiere a la ausencia total de sensación dolorosa en el cuerpo, es decir, el estado en el que no se experimenta ningún tipo de molestia, incomodidad o sufrimiento físico. En una escala de dolor, el valor de "sin dolor" corresponde al punto cero, donde no hay ninguna percepción de dolor.

B. Dolor leve

Es un término que se utiliza para describir una sensación de dolor que es relativamente suave o moderada en intensidad. Por lo general, no es tan grave como para ser incapacitante o causar un gran malestar, pero aun así es perceptible y puede ser incómodo. En una escala de dolor, corresponde de 1 a

3 puntos. Las causas del dolor leve pueden variar y pueden incluir factores como tensiones musculares leves, molestias por actividades físicas, dolores de cabeza leves, molestias digestivas, entre otros (32).

Es importante prestar atención a cualquier tipo de dolor, incluso si es leve, ya que puede ser un síntoma de un problema subyacente o puede empeorar con el tiempo. Si el dolor persiste, se vuelve más intenso o se acompaña de otros síntomas preocupantes, es aconsejable buscar atención médica para determinar la causa y recibir el tratamiento adecuado (31).

C. Dolor moderado

Se refiere a una intensidad de dolor que está más allá de lo que se consideraría como leve, pero tampoco es tan grave como para ser considerado severo o intenso. El dolor moderado puede ser más notorio y causar un nivel significativo de incomodidad o molestia, pero generalmente no es incapacitante, en una escala de dolor, corresponde de 4 a 6 puntos (31).

Algunas causas comunes de dolor moderado pueden incluir lesiones leves, como esguinces o torceduras, dolores articulares o musculares, migrañas moderadas, cólicos menstruales, dolores de espalda de intensidad media, infecciones leves, entre otros (31).

D. Dolor severo

Se refiere a una intensidad de dolor muy intensa, intensa y debilitante. Es un tipo de dolor que puede causar un malestar extremo, interferir con las actividades diarias y, en muchos casos, requerir atención médica inmediata, en una escala de dolor, corresponde de 7 a 10 puntos. El dolor severo puede ser causado por diversas condiciones médicas y puede ser un síntoma de un problema grave (32)

2.4. Definición de términos básicos

- **Ansiedad:** La ansiedad puede ser normal en situaciones estresantes, como hablar en público o realizar una prueba (24).

- **Intensidad del dolor:** Es una medida subjetiva que describe cuán fuerte o severo es el dolor que una persona está experimentando (30).
- **Percepción del dolor:** es que los mensajes dolorosos emergen en el sistema nervioso periférico y son transmitidos al sistema nervioso central donde son interpretados (29).
- **Traumatología:** Rama de la medicina que se especializa en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de lesiones y trastornos del sistema musculoesquelético, que incluye los huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos. Traumáticas (12).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

a) Hipótesis general

Existe relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

b) Hipótesis específicas

- Existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.
- Existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

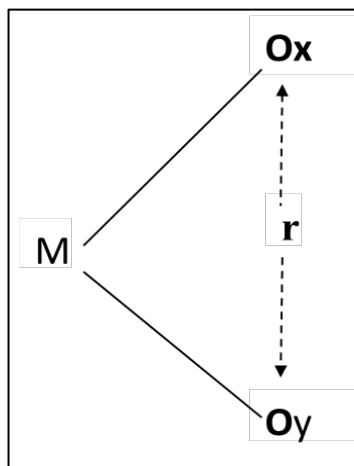
3.1.1. Operacionalización de variable

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Índice ítems	Método	Técnica
Variable NIVEL DE ANSIEDAD	Reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora de la respuesta del individuo (23)	Reacción emocional del paciente prequirúrgico ante la percepción de peligro o amenaza de la intervención quirúrgica, será medido a través de dos dimensiones: Síntomas positivos y síntomas negativos.	Dimensión síntomas negativos	Tensión Molestia Irritabilidad Preocupación Inquietud Opresión Tristeza Aturdimiento	1-10	Hipotético deductivo	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Valor final: Leve <=30 Moderado 31-51 Severo >=52
			Dimensión síntomas positivos	Calma Seguridad Comodidad Descanso Confort, confianza Satisfacción, Alegría Bienestar.	11-20		
Variable PERCEPCIÓN DEL DOLOR	Mensajes dolorosos que emergen en el sistema nervioso periférico y son transmitidos al sistema nervioso central donde son interpretados (30).	La percepción del dolor se observará la intensidad de la sensación dolorosa del paciente en relación con los extremos de ésta, lo cual será medido por medio de una escala verbal del dolor.	Escala numérica verbal del dolor	Sin dolor	0	Hipotético deductivo	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Valor final: Sin dolor: 0 Dolor leve: 1 Dolor moderado: 2 Dolor severo:3
				Dolor leve	1-3		
				Dolor moderado	4-6		
				Dolor severo	7-10		

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Diseño metodológico

El estudio fue cuantitativo porque empleo la estadística descriptiva e inferencial; el diseño de investigación fue no experimental porque se realizó sin manipular las variables; es decir, se trató de estudios en los que no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otra variable, además el estudio fue de corte transversal porque recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y de alcance relacional porque describe relaciones entre las variables nivel de ansiedad y percepción del dolor (32).



Donde:

M = Muestra objeto de estudio.

O = Observaciones

x = Variable 1 (nivel de ansiedad)

y = Variable 2 (percepción del dolor)

r = Relación entre variables

4.2. Método de investigación.

El estudio presento un método hipotético deductivo, porque sirvió para poder explicar fenómenos desde lo general a lo particular (de las leyes y teoría a los datos) (28).

4.3. Población y muestra.

Estuvo constituido por 103 pacientes que se encontraban en preoperatorio del Servicio de Traumatología y/u Ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre el periodo de enero 2024 - marzo 2024.

La muestra estuvo constituida por 90 pacientes, se aplicó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, porque todos los elementos de la

población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis.

Para la toma de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- n** = Tamaño de la muestra
- z** = Nivel de confianza (95%) = 1,96
- p** = Tasa de prevalencia del punto de estudio=0,50
- q** = (1 – p) = 0,50
- N** = Tamaño de la población a examinar: 103
- d** = Precisión o error = 0,05

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{(103) (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}{(103-1) (0.05) (0.05) + (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{98.9212}{0.255 + 0.9604} = 89.3898$$

n = 90 pacientes prequirúrgicos

Criterios de inclusión

- Pacientes preoperatorios del servicio de traumatología.
- Pacientes que deseen participar en la investigación.

- Pacientes que no tengan alguna discapacidad cognitiva que no permita una adecuada participación o entendimiento de las preguntas planteadas

Criterios de exclusión

- Pacientes que no se encuentren en preoperatorio
- Pacientes que sean menores de edad.
- Pacientes que no dispongan de la voluntad para participar del estudio
- Pacientes que tengan alguna discapacidad cognitiva que no permita una adecuada participación o entendimiento de las preguntas planteadas.

4.4. Lugar de estudio.

El Servicio de Traumatología y/o Ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Ubicado en la Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista, Callao – Perú.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Para ambas variables la técnica fue la encuesta.

Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios, que se aplicaron en forma presencial, donde se evaluó el nivel de ansiedad y la percepción del dolor

Los instrumentos utilizados para cada variable fueron los siguientes:

Escala de valoración del nivel de ansiedad

El Instrumento fue tomado de Spielberger (46) y modificado por las autoras. Constituida por 20 ítems de opción múltiple, distribuidas en dos dimensiones: síntomas positivos 10 ítems y síntomas negativos 10 ítems. La escala valorativa fue tipo Likert donde: nada = 1, algo = 2, bastante =3 y mucho = 4 y sus escalas de medición fueron divididas en tres rangos: leve (≤ 30), moderada (31-51) y severa (≥ 52).

Escala numérica verbal del dolor (EN)

Está constituido por un valor numérico del 0 al 10, estableciendo la siguiente escala de valoración: (0) sin dolor, (1-3) dolor meno, (4-6) dolor moderado y (7-10) dolor severo.

Validación y confiabilidad

La validez del instrumento para la variable nivel de ansiedad y la variable percepción del dolor fue a través de 5 expertos utilizando la prueba binomial, obteniendo como resultado para ambas variables 0.016 siendo menor al P valor 0.05 por lo que es significativa. (ver anexo 5).

La confiabilidad del instrumento se obtuvo aplicando la prueba piloto a 15 pacientes en preoperatorio del servicio de traumatología. La variable nivel de ansiedad aplicando alfa de Cronbach dio como resultado 0.830 indicando que el cuestionario muestra una confiabilidad alta (Fuerte) (Ver anexo 6).

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

Para la ejecución de la investigación se solicitó la autorización de OADI del Hospital Nacional Alcides Carrión, a la jefa del Departamento de Enfermería, al jefe del Servicio de Traumatología y/u Ortopedia. Posteriormente obtenida la autorización se procedió a la recolección de los datos por medio del llenado de las escalas por parte de los pacientes previo alcance de consentimiento informado.

Los datos completados fueron registrados en el programa Excel, respectivamente codificados. Seguidamente, se realizó un adecuado análisis y procesamiento de los datos, se hizo uso del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26, en donde se efectuó los resultados descriptivos e inferenciales, mediante tablas y gráficos. Por último, se comprobó la Hipótesis, previo desarrollo de la prueba de normalidad, se determinó que fue un estudio no paramétrico, por lo que se usó el Rho de Spearman para los análisis inferencias y la comprobación de las hipótesis.

4.7. Aspectos éticos en investigación

En el estudio de investigación tuvo cuenta los cuatro principios clásicos de la bioética (32).

- **Principio de Autonomía:** Se refiere al “respeto por las personas, que se enfatiza en el respeto a su Autonomía”, es decir, de autodeterminarse por sí mismas, de modo consciente y responsable, teniendo como base una adecuada información. En este trabajo de investigación los participantes fueron tratados como personas inteligentes, capaces de entender y tomar decisiones, pudiendo aceptar o rechazar su participación en el mismo.
- **Principio de Beneficencia:** “Maximizar los beneficios para las personas”. El presente trabajo de investigación permitió conocer la relación entre el grado de ansiedad y nivel de conocimiento sobre información preoperatoria.
- **Principio de no Maleficencia:** “Ante todo no causar daño, minimizar posibles riesgos en las personas”. Por lo que el presente estudio no presentó riesgos de vulnerabilidad para los pacientes.
- **Principio de Justicia:** La justicia es la “constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho”. Los participantes en este estudio recibieran un trato igualitario en consideración y respeto, sin diferencias entre ellos.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Tabla 5.1.1
Ansiedad del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

Ansiedad Preoperatoria	N°	%
Leve	15	17%
Moderado	75	83%
Severo	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Cuestionario de ansiedad del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Descripción:

En la tabla y figura 5.1.1, se observó que el 83% (75) de los pacientes presentaron una ansiedad moderada y el 17% (15) presentaron una ansiedad leve.

Tabla 5.1.2
Ansiedad en su dimensión síntomas negativos del paciente en
preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital
Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

Dimensión síntomas negativos	N°	%
Leve	42	47%
Moderado	48	53%
Severo	0	0%
Total	90	100%

Fuente: Cuestionario de ansiedad del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Descripción:

En la tabla y figura 5.1.2, se observó que el 53% (48) de los pacientes presentaron una ansiedad moderada en su dimensión síntomas negativos y el 47% (42) presentaron una ansiedad leve en su dimensión síntomas negativos.

Tabla 5.1.3
Ansiedad en su dimensión síntomas positivos del paciente en
preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital
Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

Dimensión síntomas positivos	N°	%
Leve	24	27%
Moderado	48	53%
Severo	18	20%
Total	90	100%

Fuente: Cuestionario de ansiedad del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Descripción:

En la tabla y figura 5.1.3, se observó que el 53% (48) de los pacientes presentaron una ansiedad moderada en su dimensión síntomas positivos, el 27% (24) presentaron una ansiedad leve en su dimensión síntomas positivos y el 20% (18) presentaron una ansiedad severa en su dimensión síntomas positivos.

Tabla 5.1.4
Percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de
traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

Percepción del dolor	N°	%
Sin dolor	13	14%
Dolor leve	55	61%
Dolor moderado	14	16%
Dolor severo	8	9%
Total	90	100%

Fuente: Escala numérica verbal del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Descripción:

En la tabla y figura 5.1.4, se observó que el 61% (55) de los pacientes en preoperatorio presentaron dolor leve, el 16% (14) de los pacientes en preoperatorio presentaron dolor moderado, el 14% (13) de los pacientes en preoperatorio no presentaron dolor y solo el 9% (8) presentaron dolor severo.

5.2. Resultados inferenciales

Tabla 5.2.1
Relación entre ansiedad y percepción del dolor del paciente en
preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital
Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

			Percepción del dolor				Total
			Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo	
Ansiedad Prequirúrgica	leve	N	0	10	3	2	15
		%	0.0	11.1	3.3	2.2	16.7
Prequirúrgica	moderado	N	13	45	11	6	75
		%	14.4	50.0	12.2	6.7	83.3
Total		N	13	55	14	8	90
		%	14.4	61.1	15.6	8.9	100.0

Fuente: Cuestionario Ansiedad y Escala numérica verbal del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Descripción:

En la tabla y figura 5.2.1 se observó que presentaron un nivel de ansiedad moderado en un 50% (45) percibiendo un dolor leve, el 14,4% (13) presentan un nivel de ansiedad moderado no percibiendo dolor, el 12,2% (11) presentan un nivel de ansiedad moderado percibiendo dolor moderado, el 11,1% (10) presentan un nivel de ansiedad leve percibiendo dolor leve, el 3,3% (3) presentan un nivel de ansiedad leve percibiendo dolor moderado y el 2,2% (2) presentan un nivel de ansiedad leve percibiendo dolor severo, por lo que se puede inferir que los niveles de ansiedad pueden variar independientemente de la intensidad del dolor experimentado considerando que aun se encuentran en el preoperatorio y el ser humano es un ser biopsicosocial y espiritual.

Tabla 5.2.2
Relación entre ansiedad en su dimensión síntomas negativos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

		Percepción del dolor				Total	
		Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo		
Ansiedad en su dimensión síntomas negativos	leve	N	0	31	6	5	42
		%	0.0	34.4	6.7	5.6	46.7
	moderado	N	13	24	8	3	48
		%	14.4	26.7	8.9	3.3	53.3
Total		N	13	55	14	8	90
		%	14.4	61.1	15.6	8.9	100.0

Fuente: Cuestionario Ansiedad y Escala numérica verbal del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Descripción:

En la tabla y figura 5.2.2 se observó que presentaron un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos leve en un 34.4% (31) percibiendo un dolor leve, el 26.7% (24) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos moderado percibiendo un dolor moderado, el 14.4% (13) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos moderado no percibiendo dolor, el 8,9% (8) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos moderado percibiendo un dolor moderado, el 6.7% (6) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos leve percibiendo un dolor moderado, el 5,6% (5) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos leve percibiendo un dolor severo y el 3.3% (3) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos moderado percibiendo un dolor severo. Tras lo mencionado la ansiedad leve se asocia principalmente con dolor leve, pero algunos pacientes con ansiedad leve también experimentan dolor moderado o severo. Por otro lado, los pacientes con ansiedad moderada tienen una mayor probabilidad de experimentar dolor moderado o severo, pero también existen casos en los que no perciben dolor. Esto sugiere que otros factores, además de la ansiedad, pueden influir en la percepción del dolor.

Tabla 5.2.3
Relación entre ansiedad en su dimensión síntomas positivos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

			Percepción del dolor				Total
			Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo	
Ansiedad en su dimensión síntomas positivos	leve	N	7	10	4	3	24
		%	7.8	11.1	4.4	3.3	26.7
	moderado	N	6	31	8	3	48
		%	6.7	34.4	8.9	3.3	53.3
	severo	N	0	14	2	2	18
		%	0.0	15.6	2.2	2.2	20.0
Total		N	13	55	14	8	90
		%	14.4	61.1	15.6	8.9	100.0

Fuente: Cuestionario Ansiedad y Escala numérica verbal del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Descripción:

En la tabla y figura 5.2.3 se observó que presentaron un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos moderado en un 34.4% (31) percibiendo un dolor leve, el 15,6% (14) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos severo percibiendo un dolor leve, el 11,1% (10) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos leve percibiendo un dolor leve, el 8,9% (8) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos moderado percibiendo un dolor moderado, el 7,8% (7) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos leve no percibiendo dolor, el 6,7% (6) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos moderado percibiendo un dolor moderado, el 4,4% (4) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos leve percibiendo un dolor moderado, el 3,3% (3) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos moderado y leve percibiendo un dolor severo, el 2,2% (2) presentan un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos severo percibiendo un dolor moderado y severo.

Tras lo mencionado los pacientes con ansiedad moderada en la dimensión de síntomas positivos son los que más frecuentemente perciben dolor leve. Sin embargo, existe una variabilidad en la relación entre los niveles de ansiedad y la intensidad del dolor percibido. La ansiedad severa no siempre se asocia con dolor más intenso, y en algunos casos, pacientes con ansiedad leve o moderada pueden experimentar dolor moderado o incluso severo. Esto sugiere que la relación entre la ansiedad y el dolor en su dimensión síntomas positivos es compleja y puede estar influenciada por otros factores.

5.3. Otros resultados estadísticos

Prueba de normalidad

Hi: Los datos tienen distribución normal

$p > 0,05$

Ho: Los datos no tienen distribución normal

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Tabla 5.3.1
Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Percepción del dolor	.350	90	.000
Ansiedad Prequirúrgica	.505	90	.000
D1 síntomas negativos	.357	90	.000
D2 síntomas positivos	.272	90	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

La muestra tomada para la presente tesis fue mayor que 50 participantes para lo cual se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la realización estadística de la prueba de normalidad, siendo los resultados obtenidos menor a 0.05 para ambas variables: p valor de 0,000, por lo que es una distribución no paramétrica, de manera que se trabajó con la prueba Rho de Spearman.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

Hipótesis general:

Hi: Existe relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

Ho: No existe relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Tabla 6.1.1

Correlación entre ansiedad y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

			Percepción del dolor	Ansiedad prequirúrgica
Rho de Spearman	Percepción del dolor	Coeficiente de correlación	1,000	-,667
		Sig. (bilateral)	.	,016
		N	90	90
	Ansiedad prequirúrgica	Coeficiente de correlación	-,667	1,000
		Sig. (bilateral)	,016	.
		N	90	90

Se relacionó la variable ansiedad prequirúrgica y la variable percepción del dolor según la correlación de Spearman obteniendo un resultado de -0,667 es decir presenta una correlación negativa alta con un nivel de significancia de 0,016 siendo menor que 0,05 lo que permite inferir que existe una relación significativa entre las dos variables por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis específica 1:

Hi: Existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Ho: No existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Tabla 6.1.2

Correlación entre ansiedad en su dimensión síntomas negativos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

		Percepción del dolor	Ansiedad en su dimensión síntomas negativos
Rho de Spearman	Percepción del dolor	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 90
	Ansiedad en su dimensión síntomas negativos	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,241 ,022 90
			-,241 ,022 90
			1,000 . 90

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Se relacionó la variable ansiedad prequirúrgica en su dimensión síntomas negativos y la variable percepción del dolor según la correlación de Spearman obteniendo un resultado de -0,241 es decir presenta una correlación negativa baja con un nivel de significancia de 0,022 siendo menor que 0,05 lo que permite inferir que existe una relación significativa entre las dos variables.

Hipótesis específica 2:

Hi: Existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Ho: No existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

Tabla 6.1.3

Correlación entre ansiedad en su dimensión síntomas positivos y percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024

			Percepción del dolor	Ansiedad en su dimensión síntomas positivos
Rho de Spearman	Percepción del dolor	Coefficiente de correlación	1,000	,108
		Sig. (bilateral)	.	,313
	N	90	90	
	Ansiedad en su dimensión síntomas positivos	Coefficiente de correlación	,108	1,000
Sig. (bilateral)		,313	.	
N		90	90	

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Se relacionó la variable ansiedad prequirúrgico en su dimensión síntomas positivos y la variable percepción del dolor según la correlación de Spearman obteniendo un resultado de 0,108 es decir presenta una correlación positiva muy baja con un nivel de significancia de 0,313 siendo mayor que 0,05 lo que permite inferir que no existe una relación significativa entre las dos variables.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que el 83% de los pacientes presentaron ansiedad moderada, mientras que el 17% mostraron ansiedad leve. Estos hallazgos son similares con los de Cheje et al. (18), donde el 39,5% de los pacientes tuvieron ansiedad moderada, el 34,9% ansiedad leve y solo el 3,9% no presentó ansiedad. También fueron similares con Purisaca (20), que indicó que el 88,3% de los pacientes encuestados tenía un nivel medio de ansiedad, el 8,3% un nivel bajo y el 3,3% un nivel alto.

Sin embargo, estos resultados difieren de los de Bedaso A y Ayalew (12), que encontraron una alta prevalencia de ansiedad preoperatoria del 47%, difiere también de Muro (17) donde el 45% presentan un nivel de ansiedad leve, el 25% presentan nivel de ansiedad moderada, y el 6% presentan un nivel de ansiedad intenso.

En cuanto al nivel de ansiedad en la dimensión de síntomas negativos, se observó que el 53% de los pacientes mostraron ansiedad moderada, mientras que el 47% presentaron ansiedad leve. Estos resultados difieren de los hallazgos de Huicho Y. y Reginando S., donde el 45,5% de los pacientes reportaron un grado moderado de ansiedad, un 25,0% un grado leve y un 2,3% un grado severo durante la fase preoperatoria.

Respecto a la ansiedad en la dimensión de síntomas positivos, se encontró que el 53% de los pacientes presentaron ansiedad moderada, el 27% ansiedad leve y el 20% ansiedad severa. Estos resultados también son diferentes a los de Huicho Y. y Reginando S., que indicaron que el 70,5% de los pacientes mostraron un grado leve y el 29,5% un grado moderado de ansiedad en la fase preoperatoria.

Considerando que el paciente es un ser biopsicosocial, como señala la OMS, o un ser psicofisiológico tal como indica Cannon-Bard por lo que se entiende que el ser humano busca equilibrarse y adaptarse a su entorno, en este caso al

entorno prequirúrgico, a través de la experiencia consciente de emociones como el miedo, la ansiedad, la preocupación entre otros; por lo que es fundamental tener en cuenta la ansiedad como un factor clave en la evaluación preoperatoria. Esto puede ayudar a reducir los niveles de dolor, lo que, a su vez, puede prevenir complicaciones en la recuperación postoperatoria, acortar la duración de la estancia hospitalaria y mejorar los resultados generales.

Respecto a la percepción del dolor se observó que el 61% de los pacientes en fase preoperatoria reportaron dolor leve, el 16% experimentaron dolor moderado, el 14% no presentaron dolor y solo el 9% reportaron dolor severo. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Cheje et al. (18), donde el 50,4% de los pacientes experimentaron dolor moderado, el 46,5% reportaron dolor leve y solo el 3,1% presentaron dolor severo. Sin embargo, difieren de los resultados de Sorrentino F. (10), que indicó que el 40% de las pacientes reportaron dolor severo, el 33% dolor moderado y el 27% experimentaron dolor leve. También difieren con los de Periañez C. et al. (11), donde el 100% de los pacientes en fase preoperatoria afirmaron no tener dolor (VNS=0).

En cuanto a la relación entre ambas variables, se observó que el 50% de los pacientes con ansiedad moderada reportaron experimentar dolor leve, el 14,4% con ansiedad moderada no sintieron dolor y el 12,2% reportaron dolor moderado. Además, el 11,1% con ansiedad leve experimentaron dolor leve, el 3,3% sintieron dolor moderado y el 2,2% dolor severo con un nivel de significancia de 0,016 por lo que existe una relación significativa entre las dos variables, Los resultados son consistentes con los hallazgos de Quijano (19), quien concluye que la ansiedad aumenta la percepción del dolor. Asimismo, coinciden con Cheje et al. (18), que encontraron una relación significativa con un p valor de 0,042 entre ansiedad y dolor. Sin embargo, difieren de los resultados de López et al. (14), quienes señalaron que el 78,3% de los pacientes con ansiedad experimentaron dolor severo.

Es fundamental que el profesional de enfermería brinde apoyo psicológico a los

pacientes prequirúrgicos, teniendo en cuenta que estos son seres holísticos, es decir, biopsicosociales y espirituales, tal como lo indica Jean Watson. A través de una comunicación efectiva, se pueden identificar las necesidades del paciente y proporcionar la ayuda y el soporte necesarios durante el proceso preoperatorio. Por lo tanto, las intervenciones previas a la cirugía, como el manejo del dolor y la preparación psicológica, son de gran relevancia.

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

En lo que respecta a la responsabilidad ética internacional, se aplicó el Código de Núremberg, garantizando el respeto por los derechos de los pacientes involucrados en esta investigación. Además, se implementó el consentimiento informado y voluntario. La investigación también se basa en la Declaración de Helsinki, que prioriza el bienestar del paciente por encima del interés científico. En este sentido, se aplica el artículo 3, que establece que se debe respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como que los intereses y el bienestar de la persona deben tener prioridad sobre el interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

A nivel nacional, se tuvo en cuenta el Código Nacional de Integridad Científica del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC), guiándonos por principios de honestidad intelectual, objetividad, imparcialidad, transparencia, veracidad, justicia y responsabilidad.

Asimismo, en la Universidad Nacional del Callao, se consideró el código de ética de investigación, aplicando principios de profesionalismo, transparencia, objetividad, igualdad, compromiso, honestidad y confidencialidad.

VII. CONCLUSIONES

- a) El paciente en preoperatorio del servicio de traumatología presenta un nivel de ansiedad moderado en un 50% percibiendo un dolor leve. La correlación de Spearman muestra un nivel de significancia de 0,016 por lo que existe una relación significativa entre ambas variables.
- b) El paciente en preoperatorio del servicio de traumatología presenta un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos leve en un 34.4% percibiendo un dolor leve. La correlación de Spearman muestra un nivel de significancia de 0,022 por lo que existe una relación significativa.
- c) El paciente en preoperatorio del servicio de traumatología presenta un nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos moderado en un 34.4% percibiendo un dolor leve. La correlación de Spearman muestra un nivel de significancia de 0,313 por lo que no existe una relación significativa.

VIII. RECOMENDACIONES

- Al departamento de enfermería se le sugiere capacitar al personal de enfermería en el manejo de la ansiedad mediante la terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación y mindfulness, así como sesiones de educación sobre el manejo del dolor en procedimientos quirúrgicos.
- Al servicio de traumatología se le sugiere capacitar al personal de salud en el manejo de la ansiedad y el dolor, esto puede ser beneficioso para mejorar la atención preoperatoria. Esto incluye la importancia de la comunicación efectiva y el enfoque empático hacia las preocupaciones de los pacientes.
- Al personal de enfermería se le sugiere crear un ambiente de calma que fomente la confianza del paciente a través de un cuidado humanizado. Esto implica proporcionar apoyo psicológico, establecer una comunicación bidireccional y practicar la escucha activa, con el objetivo de garantizar el bienestar del paciente, buscando disminuir la ansiedad y el dolor.
- Al personal de enfermería se le propone, con el fin de brindar una atención integral, humanizada y centrada en el paciente, implementar la aplicación sistemática de un pretest de ansiedad a todos los pacientes que serán ingresados a sala de operaciones, como parte de la evaluación preoperatoria; este instrumento permitirá identificar de manera oportuna a aquellos pacientes que presenten niveles moderados o altos de ansiedad, los cuales pueden afectar negativamente su estabilidad emocional, la respuesta fisiológica al procedimiento quirúrgico, y su recuperación postoperatoria. De acuerdo con los resultados obtenidos en el test:
 - Los pacientes que presenten ansiedad significativa deberán ser referidos para una evaluación especializada por parte del servicio de Psicología, a fin de recibir una intervención oportuna y personalizada.

- La intervención psicológica preoperatoria podrá incluir técnicas de relajación, psicoeducación, estrategias de afrontamiento o acompañamiento emocional, según lo determine la profesional responsable.

Este enfoque proactivo contribuye a optimizar la seguridad del paciente, mejorar su experiencia hospitalaria y reducir posibles complicaciones relacionadas con el estado emocional en el contexto quirúrgico.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Serratos-Vázquez M. Manejo del dolor en paciente con trauma. Revista Mexicana de Anestesiología. [Internet] 2012. [citado 09 agosto 2023]; 35(1): pág. 123-129 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/emas121d1.pdf>
- 2) OMS. Caídas [Internet]. 2021. OMS [consultado el 09 de agosto 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- 3) Pérez J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. Hace 2020 [citado 2023 Jul 09]; 27(4): pág. 232-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003&lng=es. Epub 13 de octubre de 2020. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.
- 4) Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, et al. Ansiedad preoperatoria e implicaciones en la recuperación postoperatoria: qué podemos hacer para cambiar nuestra historia. Minerva Anestesiol. [Internet] 2018; 84(11): 1307-1317. Disponible en: Doi:10.23736/S0375-9393.18.12520-X
- 5) Hernández-Palazón J, Fuentes-García D, Falcón-Araña L, et al. Evaluación de la ansiedad preoperatoria en pacientes de cirugía cardíaca sin antecedentes de ansiedad: Factores Contribuyentes y Morbilidad Postoperatoria. J Cardiothorac Vasc Anesth. [Internet] 2018; 32(1): 236-244. Disponible en: Doi:10.1053/j.jvca.2017.04.044
- 6) Abiuso N, Santelices J, Quezada R. Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet] 2017. 28(2): 248-260. Disponible en: DOI: 10.1016/j.rmclc.2017.04.012
- 7) Shiraishi-Zapata C, Lozada A. Análisis epidemiológico de las fracturas abiertas de miembros inferiores en adultos atendidos en un hospital peruano. Ana. fac. medicina [Internet]. octubre de 2019 [citado el 9 de agosto de 2023]; 80(4): 539-540. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000400022&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i4.16727>

- 8) Rondón C, Zaga H, Gutiérrez E. Características clínicas y epidemiológicas en adultos mayores diagnosticados con fractura de cadera en un hospital de Lima, Perú. *Actúa en medicina*. Perú [Internet]. 2021 enero [citado el 2023 agosto 09]; 38(1): 42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000100042&lng=es. Epub 23 de mayo de 2021. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.381.1844>.
- 9) Vicente-Herrero M., Delgado-Bueno S., Bandrés-Moyá F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre M.V., Capdevilla-García L.. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2018 Ago [citado 2023 Ago 13] ; 25(4): 228-236. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
- 10) Sorrentino F, Petito A, Angioni S, et al. Impacto de los niveles de ansiedad en la percepción del dolor en pacientes sometidas a histeroscopia en consulta. *Arch Gynecol Obstet*. [Internet]. 2021; 303(4): 999-1007. Disponible en: Doi:10.1007/s00404-020-05885-9
- 11) R: Periañez CAH, Diaz MAC, Bonisson PLV, Simino GPR, Barbosa MH, De Mattia AL. Relación de la ansiedad y depresión preoperatoria con el dolor postoperatorio. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 2023 de agosto 09]; 29: Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0499>
- 12) Bedaso, A., Ayalew, M. Ansiedad preoperatoria entre pacientes adultos sometidos a cirugía electiva: una encuesta prospectiva en un hospital general de Etiopía. *Paciente Saf Surg* [Internet] 13, 18 (2019). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0198-0>

- 13) Tadesse M, Ahmed S, Regassa T, et al. Efecto de la ansiedad preoperatoria sobre el dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía electiva: Prospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021; 73:103190. Publicado el 22 de diciembre de 2021. Disponible en: Doi: 10.1016/j.amsu.2021.103190
- 14) López J., Armijo A, Aguilar I, Ramírez B, et al. Papel de la ansiedad preoperatoria en la percepción del dolor en pacientes sometidas a histeroscopia quirúrgica en consulta. *Rdo. chile obstetra ginecólogo [Internet]*. 2020 oct [citado el 2023 ago 09]; 85(5): 486-493. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000500486&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500486>.
- 15) Quispe K. Ansiedad preoperatoria en personas programadas para cirugía electiva en un hospital de lima norte, 2022 [Tesis para optar el título de especialista en enfermería en centro quirúrgico]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1590/trabajo%20academico-quispe%20mamani.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 16) Huicho Y, Reginaldo S. Nivel de información sobre intervención quirúrgica y grado de ansiedad en la fase preoperatoria en los pacientes hospitalizados en las salas de cirugía general del Hospital Regional de Ayacucho, 2023 [Tesis]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8064>
- 17) Muro S. Cuidados de enfermería y ansiedad del paciente prequirúrgico, Chimbote, 2020 [Tesis para Optar el Grado de Maestro en Ciencias de Enfermería]. Chimbote: Universidad del Santa; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/3608/51139.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 18) Cheje M, Infantes A. Relación entre ansiedad y dolor en procedimientos dentales en pacientes de un centro odontológico privado Arequipa, 2021 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano dentista] PIURA: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74704/Cheje_MME-Infantes_VAI-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 19) Quijano K. Influencia de la ansiedad en la percepción de dolor durante procedimientos angiográficos con anestesia local. [Tesis para obtener el título profesional de Médico cirujano] Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2019. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/5504/1/re_med_huma_katia.quijano_influencia.ansiedad.percepci%c3%93n.dolor.durante.procedimientos.angiogr%c3%81ficos.anestesia.local.pdf
- 20) Purisaca K. Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en el periodo preoperatorio de los pacientes del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque – 2017 [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería] Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2019. Disponible en:
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5910/Purisaca%20Quicio%20Karina%20Lizeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 21) Bagés C, Lleixà M, Español C, et al. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Jul [citado 11]; 14(39): 29-40. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002&lng=es.
- 22) Palmero F, Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de Psicología* [Internet]. 1996;12(1):61-86. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712105>
- 23) Virues, R. Ansiedad estudio. *Revista PsicologíaCientifica.com* [Internet]. 2005 [citado 12 agosto 2023]; 7(8). Disponible en:
<https://psicolcient.me/jecd9>

- 24) Redrado J, García F. Abordaje de la ansiedad preoperatoria. Revista sanitaria de investigación. [Internet] 20 enero 2021 [citado 12 agosto 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/abordaje-de-la-ansiedad-preoperatoria/>
- 25) De la Paz C, Prego C, Barzaga E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Revista Mexicana de Anestesiología. [Internet] 2006 [citado 12 agosto 2023]; 29(3): 159-162 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma063d.pdf>
- 26) Vargas L, Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet]. 1994;4(8):47-53. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- 27) Salcedo D, López J, Fuentes B, Salcedo D. La percepción sensorial, la cognición, la interactividad y las tecnologías de información y comunicación (TIC) en los procesos de aprendizaje. RECIAMUC [Internet]. 2jun.2022 [citado 12ago.2023]; 6(2): 388-95. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/863>
- 28) Rodríguez E, Granados V. La percepción del dolor. Milenaria, ciencia y arte. [Internet]. 2020.. [consultado junio 19 2023]; 9(16). Disponible en: <https://milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/download/136/65/798>
- 29) Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. marzo de 2005 [citado el 12 de agosto de 2023]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
- 30) Pedrajas J, Molino Á.. Bases neuro médicas del dolor. Clínica y Salud [Internet]. diciembre de 2008 [citado el 12 de agosto de 2023]; 19(3): 277-293. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002&lng=es.

- 31) González A, Ramón P, Calero H, et al. Enfoque integral del dolor por cáncer en pacientes en edad pediátrica. Rev. Finlay [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Ago 12]; 10(3): 304-313. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000300304&lng=es. Epub 30-Sep-2020.
- 32) Pabón-Henao T, Pineda-Saavedra L, Cañas-Mejía O. Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. Saltem Scientia Spiritus [Internet]. 2015; 1(2): 25-37. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/994909/03_vol01_num02_2015.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia
“ANSIEDAD Y PERCEPCION DEL DOLOR DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2023.”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p style="text-align: center;">PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.</p>	<p style="text-align: center;">HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024</p>	<p>VARIABLE 1: Grado de ansiedad</p> <p>Dimensiones: Síntomas negativos Síntomas positivos</p> <p>VARIABLE 2: percepción del dolor</p> <p>Dimensiones: Escala numérica verbal del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ METODO: Deductivo ▪ TIPO: Enfoque Cuantitativo ▪ DISEÑO: No experimental de corte transversal de alcance relacional. ▪ POBLACION: 103 pacientes preoperatorios del servicio de traumatología. ▪ MUESTRA: 90 pacientes preoperatorios del servicio de traumatología. ▪ TÉCNICA: Encuesta ▪ INSTRUMENTO: Cuestionario
<p style="text-align: center;">PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>a) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?</p> <p>b) ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024?</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>a) Establecer la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.</p> <p>b) Reconocer la relación que existe entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.</p>	<p style="text-align: center;">HIPOTESIS ESPECIFICOS</p> <p>a) Existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas negativos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.</p> <p>b) Existe relación entre el nivel de ansiedad en su dimensión síntomas positivos y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024</p>		

Anexo 2. Instrumentos validados

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER (IDARE)

Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 indicando cómo se siente usted AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

SINTOMAS NEGATIVOS		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Estoy tenso				
2	Estoy contrariado (molesto)				
3	Me siento alterado				
4	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras				
5	Me siento angustiado				
6	Me siento nervioso				
7	Estoy desasosegado(inquieto)				
8	Me siento muy atado (como oprimido)				
9	Me encuentro muy triste				
10	Me siento aturdido y sobre excitado				
SINTOMAS POSITIVOS		Nada	Algo	Bastante	Mucho
11	Me siento calmado				
12	Me siento seguro				
13	Me siento cómodo (estoy a gusto)				
14	Me siento descansado				
15	Me siento confortable				
16	Tengo confianza en mí mismo				
17	Estoy relajado				
18	Me siento satisfecho				
19	Me siento alegre				
20	En este momento me siento bien				

Baremos:

Escala	Puntos
Ansiedad leve	20 40 puntos
Ansiedad moderada	41 a 60 puntos
Ansiedad severo	> 60 puntos

ESCALA NUMÉRICA VERBAL DEL DOLOR (EN)

A continuación, deberá expresar su nivel de dolor con un valor numérico, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LIBRE DE DOLOR	MUY SUAVE	INCÓMODO	TOLERABLE	ANGUSTIOSO	MUY ANGUSTIOSO	INTENSO	MUY INTENSO	TOTALMENTE HORRIBLE	AGUDÍSIMO/ INSOPORTABLE	INIMAGINABLE/ INEXPLICABLE
SIN DOLOR	DOLOR MENOR			DOLOR MODERADO			DOLOR SEVERO			

Anexo 3. Consentimiento informado

Somos la Lic. Mercedes Núñez Valdivia y la Lic. Maritza Soto Altamirano, estudiantes de la Universidad Nacional del Callao y enfermeras en el Servicio de Traumatología y/o Ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Actualmente estamos realizando un trabajo de investigación como parte de la Segunda Especialidad de Enfermería en Cuidado Quirúrgicos y tenemos como objetivo determinar la relación entre ansiedad y la percepción del dolor del paciente en preoperatorio del servicio de traumatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2024.

La información recolectada durante esta investigación será ANÓNIMA y CONFIDENCIAL y solo se usará solo con fines académicos de la investigación.

Para cualquier información adicional o incomodidad relacionada con su participación en la investigación, puede comunicarse con el investigador responsable al correo electrónico: mercedes.nvaldivia22@gmail.com o maritza.saltamirano19@gmail.com.

Yo, _____, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento, acepto de manera voluntaria participar en la investigación.

Lima, ____ de _____ del 2024

Firma del participante

Firma de los investigadores responsables

Anexo 4. Base de datos

ID	Ansiedad Preoperatoria																				Percepción del dolor
	Dimensión síntomas negativos										Dimensión síntomas positivos										
	P ₀₁	P ₀₂	P ₀₃	P ₀₄	P ₀₅	P ₀₆	P ₀₇	P ₀₈	P ₀₉	P ₁₀	P ₁₁	P ₁₂	P ₁₃	P ₁₄	P ₁₅	P ₁₆	P ₁₇	P ₁₈	P ₁₉	P ₂₀	P ₀₁
01	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	4	4	3	2	3	4	2	3	3	4	1
02	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	4	2	4	3	3	2
03	3	3	3	2	2	2	4	2	1	4	2	3	3	1	2	4	2	3	4	3	3
04	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	4	3	4	4	3	1
05	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3
06	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	4	4	1	2	4	2	3	4	3	1
07	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	2	2
08	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3
09	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
10	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	0
11	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	0
12	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
13	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
14	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	4	4	3	2	3	4	2	3	3	4	1
15	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	4	2	4	3	3	2
16	3	3	3	2	2	2	4	2	1	4	2	3	3	1	2	4	2	3	4	3	3
17	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	4	3	4	4	3	7
18	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3
19	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	4	4	1	2	4	2	3	4	3	1
20	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	2	2
21	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3

22	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	7
23	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	0
24	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	0
25	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	7
26	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	1	4	1	4	1	4	4	2
27	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	0
28	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	0
29	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	7
30	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	2
31	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	4	4	3	2	3	4	2	3	3	4	1
32	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	1	2	4	3	3	2
33	3	3	3	2	2	2	4	2	1	4	2	3	3	1	2	4	2	3	4	3	3
34	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	4	3	4	4	3	7
35	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	5
36	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	4	4	1	2	4	2	3	4	3	1
37	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	2	2
38	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	7
39	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
40	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	5
41	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	0
42	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
43	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	1	1	4	1	4	5
44	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	4	4	3	2	3	4	2	3	3	4	1
45	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	1	2	4	3	3	4
46	3	3	3	2	2	2	4	2	1	4	2	3	3	1	2	4	2	3	4	3	3
47	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	4	3	4	4	3	5
48	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3

49	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	4	4	1	2	4	2	3	4	3	1
50	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	2	2
51	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	5
52	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
53	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	0
54	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	5
55	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
56	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	2	2	2	2	1	2
57	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	0
58	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	0
59	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
60	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2
61	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	4	4	3	2	3	2	2	3	3	4	1
62	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	4	2	4	3	3	2
63	3	3	3	2	2	2	4	2	1	4	2	3	3	1	2	4	2	3	4	3	8
64	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	4	3	4	4	3	1
65	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3
66	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	4	4	1	2	2	2	3	4	3	1
67	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	2	7
68	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3
69	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
70	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	6
71	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	0
72	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
73	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2
74	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	4	4	3	2	3	2	2	3	3	4	1
75	3	3	2	2	3	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	4	2	4	3	3	4

76	3	3	3	2	2	2	4	2	1	4	2	3	3	1	2	4	2	3	4	3	3
77	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	4	3	4	4	3	1
78	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3
79	3	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	4	4	1	2	4	2	3	4	3	5
80	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	2	2
81	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3
82	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3
83	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	0
84	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	6
85	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
86	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2
87	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	5
88	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	1	2	0
89	2	1	2	3	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6
90	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2

Anexo 5. Otros: Validación de instrumentos

Prueba Binomial: Variable 1: Nivel de ansiedad.

VALIDES DEL INSTRUMENTO 1 ITEMS	JUECES						PROBABILIDAD BINOMIAL
	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL	
Indicador 1	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 2	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 3	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 4	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 5	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 6	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 7	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 8	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 9	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 10	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 11	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 12	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 13	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 14	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 15	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 16	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 17	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 18	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 19	1	1	1	1	1	5	0.03125
Indicador 20	1	1	1	1	1	5	0.03125
						Suma	0.63
						Prob	0.031
						pvalor	< 0.05
FIABLE							

Si Pvalor = 0,031 siendo menor de $\alpha = 0,05$ entonces la prueba binomial es significativa.

Prueba Binomial: Variable 2: Percepción del dolor

VALIDES DEL INSTRUMENTO 2	JUECES						PROBABILIDAD BINOMIAL
	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL	
Indicador 1	1	1	1	1	1	5	0.03125
						Suma	0.03
						Prob	0.003
						pvalor	< 0.05
						FIABLE	

Si Pvalor = 0,003 siendo menor de $\alpha = 0,05$ entonces la prueba binomial es significativa.

Anexo 6. Otros: Confiabilidad del instrumento
 Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach: Nivel de ansiedad

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	13	100.0
	Excluido ^a	0	0.0
	Total	13	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
.630	.619	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Estoy tenso	44.46	32.936	.081		.635
Estoy contrariado (molesto)	44.62	30.090	.325		.603
Me siento alterado	44.62	33.090	.084		.633
Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	44.31	34.231	-.015		.637
Me siento angustiado	44.77	32.026	.167		.625
Me siento nervioso	44.62	33.090	.084		.633
Estoy desasosegado(inquieto)	44.62	31.256	.152		.631
Me siento muy atado (como oprimido)	44.85	30.808	.332		.604
Me encuentro muy triste	45.15	34.974	-.130		.652
Me siento aturdido y sobre excitado	44.54	28.436	.474		.579
Me siento calmado	44.23	32.192	.182		.622
Me siento seguro	43.85	29.308	.385		.593
Me siento cómodo (estoy a gusto)	43.62	31.423	.494		.599
Me siento descansado	44.77	33.526	.013		.644
Me siento confortable	44.38	32.756	.172		.623
Tengo confianza en mí mismo	43.54	29.436	.426		.589
Estoy relajado	44.38	33.256	.067		.635
Me siento satisfecho	44.00	29.333	.406		.591
Me siento alegre	43.85	30.141	.303		.606
En este momento me siento bien	44.00	30.667	.381		.599

Callao,

08 NOV 2024

OFICIO N° 3171 -2024-HNDAC-C-DG/OADI/CEI

Lic. Enf.
MERCEDES JULIA NUÑEZ VALDIVIA DE CIGÜEÑAS
Investigadora Principal
Presente. -

Asunto : Autorización para Ejecución de Proyecto de Investigación
Referencia : MEMORANDUM N° 074-2024-CEI-HNDAC
EXPEDIENTE N° 5587-2024-MJNV - Reg. HR-016389
Título : "ANSIEDAD Y PERCEPCION DEL DOLOR DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2024"

Estimada:

Es grato dirigirme a usted saludándole cordialmente y en atención a los documentos de la referencia, mediante el cual solicita la aprobación del proyecto de investigación denominado:

"ANSIEDAD Y PERCEPCION DEL DOLOR DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2024"

En vista que la investigadora cumplió con la entrega de la documentación requerida de acuerdo a los estándares considerados en el MAPRO del CEI-HNDAC, y no habiéndose encontrado objeciones fueron evaluados y aprobados en revisión expedita, por lo que deben enviar el avance e informe final de la investigación en una memoria USB o al siguiente correo: ciei.hndac@gmail.com

En tal sentido, la Dirección General contando con la opinión técnica favorable del CEI adscrito a la OADI, da la **AUTORIZACIÓN** para la ejecución del Proyecto de Investigación en nuestra Institución. La aprobación tendrá vigencia de **12 (doce meses)** contados desde la fecha de la presente autorización.

Sin otro particular, hago llegar a usted las muestras de mi especial consideración y aprecio personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
Dra. ELENA DEL ROSARIO FIGUEROA COZ
Directora General
C.M.P. 22424 R.N.E. 12837

EFC/JAV/K/ROZ/MAZ
Cc: OADI, CEI, Archivo



CONSTANCIA DE APROBACION N° 059-2024-CEI-HNDAC

A : **LIC. ENF. MERCEDES JULIA NUÑEZ VALDIVIA DE CIGÜEÑAS**
Investigadora Principal

CENTRO DE INVESTIGACIÓN : **HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

DEPARTAMENTO / SERVICIO DONDE REALIZARA LA INVESTIGACION: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

N° MIEMBROS DEL QUÓRUM : **16 - SUSCRITO AL INS: CEI-HNDAC- Registro N°001**

LISTADO DE MIEMBROS QUE PARTICIPAN EN LA DECISIÓN Y DECLARACIÓN EXPLÍCITA DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERESES

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGOS	CONFLICTO DE INTERESES
1. DRA. ROXANA OBANDO ZEGARRA	Presidente del CEI	Ninguno
2. DRA. ELIZABETH SONIA CHERO BALLÓN DE ALCÁNTARA	Secretaría Técnica	Ninguno
3. M.C. CARLOS ALEXANDER ALVA DÍAZ	Miembro Titular Interno	Ninguno
4. Mg. JUANA CECILIA MATUMAY AGAPITO	Miembro Titular Interno	Ninguno
5. M.C. ELISEO RICHARD CHIRINOS MARROQUIN	Miembro Titular Interno	Ninguno
6. DRA. RUTH AMÉRICA ALIAGA SÁNCHEZ	Miembro Titular Interno	Ninguno
7. DR. CESAR ANTONIO BONILLA ASALDE	Miembro Titular Interno	Ninguno
8. ABOG. HELMER HUGO POVES PECHO	Miembro Titular Interno	Ninguno
9. SRA. MERY BERTILA PAUCARCAJA VALVERDE	Miembro Titular Externo - (Comunidad)	Ninguno
10. DRA. CLAUDIA MILAGROS ARISPE ALBURQUEQUE	Miembro Titular Externo	Ninguno
11. Mg. JOSE FERNANDO SALVADOR CARRILLO	Miembro Titular Externo	Ninguno
12. Psic. ROSA MARÍA MERCEDES R. PACHECO MIÑAN	Miembro Alterno Interno	Ninguno
13. Mg. ALACIEL MELISSA PALACIOS GUILLEN	Miembro Alterno Interno	Ninguno
14. M.C. CYNTHIA DEL SOCORRO MENDOZA LEON	Miembro Alterno Interno	Ninguno
15. SR. MELECIO MAYTA CCOTA	Miembro Alterno Externo - (Comunidad)	Ninguno
16. DR. JOSE ANTONIO JAUREGUI MONTERO	Miembro Alterno Externo	Ninguno

FECHA DE REUNIÓN O SESIÓN : 25/11/2024

FECHA DE APROBACION : 05/11/2024

PROCEDENCIA INVESTIGACION:

TESIS PREGRADO TESIS POSGRADO INSTITUCIONAL

TIPO DE INVESTIGACION :

OBSERVACIONAL EXPERIMENTAL

EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION (CEI) ADSCRITO A LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HNDAC, DEJA CONSTANCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y
DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"



"ANSIEDAD Y PERCEPCION DEL DOLOR DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2024"

Se otorga la presente CONSTANCIA DE APROBACION por revisión expedita, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos en nuestro Reglamento y Manual de Procedimientos. La versión aprobada se encuentra en nuestros archivos el cual se ejecutará y estará bajo la responsabilidad del autor.

La aprobación tendrá VIGENCIA de 12 (doce meses) contados desde la fecha de autorización por la Dirección General para la ejecución del proyecto.

El presente PROTOCOLO solo podrá iniciarse en el Centro de Investigación del HNDAC, bajo la conducción de la investigadora principal MERCEDES JULIA NUÑEZ VALDIVIA DE CIGÜEÑAS, después de obtenerse la aprobación por el Comité de Ética en Investigación.

Asimismo, le solicitamos hacer llegar el informe trimestral de avance de ejecución del proyecto; donde comunicarán el inicio de la ejecución del estudio e informarán de los eventos adversos asociados y no asociados con el estudio, la evidencia del beneficio de la investigación, los riesgos desfavorables, el rechazo de participación de los sujetos, el número de participantes enrolados y/o cualquier antecedente importante que se observe durante la ejecución de la investigación.

Adicionalmente, publicado el estudio en una revista científica nacional o internacional, se deberá incluir como filiación institucional al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el investigador principal deberá remitir al CEI copia de dicha publicación.

Callao, 05 de noviembre de 2024



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrion"

DRA. ROXANA OBANDO ZEGARRA
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
CEP. 19527

ROZ/MAZ.
C.c. Archivo